

Farmacoeconomía: ¿evaluación científica o estrategia comercial?

*Germán Velásquez*¹

Después de la II Guerra Mundial, la atención de la salud se consideraba un gasto. A partir de los años sesenta se empezó a operar un cambio en el concepto del desarrollo y se habló de inversión en salud. Debido, sin embargo, al aumento de la deuda externa en muchos países en vías de desarrollo y a la recesión económica de la década de los ochenta en los países industrializados, fue necesario recortar la inversión en salud con la idea de invertir después de haber logrado cierto nivel de desarrollo económico. En consecuencia, se empezaron a aplicar programas de ajuste estructural que llevaron a la introducción de criterios económicos en la organización de los servicios de salud.

Actualmente existe un concepto de desarrollo económico y social según el cual otros sectores, en particular el de la salud, forman parte integral del modelo de desarrollo de cada país. La salud, como dice Frenk (1), representa un punto donde se articulan la política social, con sus metas de equidad y bienestar, y la política económica con su interés por la productividad. Crecimiento y equidad son dos propósitos medulares indispensables, difíciles de conjugar en el contexto internacional actual.

ECONOMÍA Y SALUD

El discurso económico en el área de la salud tiene ya casi 30 años. Las agencias internacionales, las organizaciones no gubernamentales y los ministerios de salud de la mayoría de los países incluyen la discusión de las implicaciones o condicionamientos de orden económico y financiero como parte de los temas médicos o técnicos. Desafortunadamente, aunque la descripción y el análisis contribuyen a crear conciencia sobre la necesidad urgente de que el sector de la salud se administre y organice con criterios de racionalidad económica, no siempre se llegan a formular estrategias y modelos que respondan al nuevo contexto internacional. Además, hay que tener presente que el verdadero objeto de la economía de la salud no es describir y manejar las cuentas y gastos del sector, sino garantizar el acceso equitativo al cuidado y mantenimiento de la salud.

De acuerdo con Frenk (1), el vínculo entre la economía y la salud tiene dos atributos principales: simultaneidad y dualidad. La simultaneidad se refiere a que los niveles de salud de la población y el grado de desarrollo económico se retroalimentan

¹ Organización Mundial de la Salud, Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales. Dirección postal: 20 Via Appia, CH-1211 Geneva 27, Suiza. Dirección electrónica: velasquez@who.ch

mutuamente, por lo que es indispensable progresar simultáneamente en los dos frentes. La dualidad se refiere a que los servicios de salud cumplen un doble papel: son un factor de bienestar y, al mismo tiempo, un elemento importante de la economía.

En el clima global de políticas de liberalización y de privatización propio de la última década, parece darse por sentado sin gran discusión que la desregulación de los mercados de salud, la introducción de la patentabilidad de los productos farmacéuticos y la gradual privatización del financiamiento y la provisión de los servicios de salud constituyen la mejor opción para el sector de la salud. En ese contexto se supone que el libre funcionamiento de los mercados y la libertad de elección de los consumidores permitirán, al mismo tiempo, aumentar la eficiencia microeconómica, la eficacia prestacional y el acceso a los servicios de salud. Sin embargo, en un panorama en el que se pretende reducir las funciones del Estado, surgen varios interrogantes: ¿Quién podrá garantizar la equidad en el acceso a los servicios de salud?; En un período de grandes cambios como el que se vive hoy, ¿será el mejor momento para disminuir el papel del Estado?; por el contrario, ¿No será el Estado justamente el que mejor puede dirigir los cambios a largo plazo? (2).

Las ideas desreguladoras y de libre juego del mercado, que parecen adecuadas en otros campos de la vida económica, no necesariamente son aplicables en forma directa en este ámbito, en especial si no se consideran las peculiaridades y los aspectos institucionales, sociales y culturales del sector de la salud.² Por ejemplo, la desregulación de los mercados en el ámbito de los servicios médicos curativos ha provocado la "migración" de profesionales desde el sector público al privado, con la consiguiente explosión de costos que esto lleva consigo; en el campo farmacéutico, la eliminación del control de los precios ha estado asociada en el curso de los últimos años a un incremento notable de los mismos. Todos estos efectos constituyen, sin duda, algunos costos y consecuencias no deseadas de las políticas de apertura y desregulación de las economías, que hasta el presente han recibido escasa consideración.

LA EVALUACIÓN ECONÓMICA DEL MEDICAMENTO

El nuevo contexto internacional, el aumento exagerado de los costos de muchas tecnologías de salud y las crecientes presiones por disminuir los presupuestos de salud en la mayoría de los países,

han llevado a plantear la necesidad de una evaluación económica de las intervenciones en salud, incluida el área de los medicamentos.

La farmacoeconomía es un término relativamente reciente que se refiere a "la aplicación de la teoría económica a la farmacoterapia" (3). El concepto se originó en países industrializados —principalmente en Australia— al final de los años ochenta e inicios de los noventa, y rápidamente lo adoptaron varias de las grandes compañías farmacéuticas. Actualmente, esta nueva disciplina se ejerce principalmente en Australia, Canadá y Gran Bretaña y la mayoría de los estudios de farmacoeconomía realizados en esos países corresponden a tres objetivos: a) evaluaciones económicas para determinar si se continúa la búsqueda de un nuevo producto, ya sea en la fase inicial de investigación o en la de desarrollo; b) evaluaciones económicas para justificar el precio del producto, identificando elementos para la fijación de precios, como los costos de producción y las características del mercado, y c) estudios económicos para calcular el reembolso del producto.

Los departamentos de farmacoeconomía de las compañías farmacéuticas a menudo están bajo la responsabilidad del área de promoción comercial (4), a diferencia de los departamentos de ensayos clínicos, que son independientes y deben responder rigurosamente ante la ley sobre la autenticidad de su información. El hecho de que la evaluación económica del medicamento se encuentre ligada a la promoción comercial, como lo anota Hillman (5), conlleva ciertas inquietudes en cuanto a posibles sesgos. Los sesgos potenciales de la farmacoeconomía pueden darse en la selección de los sujetos de estudio (justificación y procedimiento), el análisis metodológico y la difusión y utilización de los resultados. Estos sesgos pueden tener consecuencias graves cuando los nuevos métodos de evaluación económica se utilizan para fijar los precios de los medicamentos.

El método de análisis del costo-beneficio es tal vez el más conocido; pretende expresar, en términos monetarios, los beneficios reales y potenciales (individuales y colectivos) del uso de un medicamento o tratamiento.

El análisis del costo-efectividad pretende evaluar el impacto de diferentes alternativas terapéuticas. El costo puede expresarse en términos monetarios —como el número de salarios mínimos por los días de incapacidad que se logren reducir—, pero los resultados de efectividad se expresan en unidades físicas, como el número de vidas que se logre salvar.

Más complejo todavía es el análisis del costo-utilidad, que compara diferentes tratamientos en función de los "índices de utilidad", midiendo el impacto en la supervivencia o en la calidad de vida.

² Miranda E. Salud y economía. Santiago de Chile, 1996. (Documento inédito).

Esta forma de análisis económico se conoce en inglés con el nombre de *quality adjusted life year* (QALY) y en general no se traduce en términos monetarios.

En sociedades industrializadas capaces de regular y controlar los costos de la producción de bienes de salud y donde la cobertura sanitaria es prácticamente total, la farmacoeconomía podrá sin duda ayudar a mejorar la toma de decisiones clínicas, sobre todo cuando se debe escoger entre varios tratamientos similares. Todo este ejercicio, sin embargo, debe estar enfocado en la perspectiva no solo de controlar costos sino de mejorar la eficiencia (6) para alcanzar la equidad en el acceso a los servicios de salud. En prácticamente todos los países industrializados, los diferentes sistemas de salud han definido bien quién paga el medicamento y cómo; cuando se definen niveles de copago, por ejemplo, se hace con gran precisión en cuanto al nivel de participación en el pago y al tipo de medicamento. Más de 60% del gasto en medicamentos en los países desarrollados es financiado por el Estado (7).

En los países en desarrollo, donde una parte importante de la población no tiene acceso a medicamentos y donde muchas personas mueren a causa de enfermedades para las cuales existen medicamentos preventivos, la farmacoeconomía tendrá que tener un enfoque y unas características muy diferentes. Más que la contención de costos, se buscará racionalizar los recursos existentes y conseguir fuentes suplementarias de financiamiento, de tal forma que se garantice la extensión de la cobertura a toda la población. Así, se debe dar prioridad al análisis macroeconómico sobre el de fármacos individuales. En muchos países en desarrollo, el consumidor paga directamente más de 70% del gasto en medicamentos; además, el Estado está prácticamente ausente en la definición de mecanismos de financiamiento del medicamento que garanticen el acceso a toda la población. En muchas partes de África, Asia o América Latina no se trata de elegir el tratamiento más apropiado y eficaz, sino simplemente de poder tener acceso al único recurso disponible; no está en juego la calidad de la vida en el momento de la enfermedad, sino la posibilidad de sobrevivir o no, frente a una infección que tal vez podría curarse con un antibiótico de primera generación.

Es claro que si los beneficios individuales y sociales de muchos medicamentos eficaces se tradujeran en términos monetarios y se reflejaran en la fijación de precios de los fármacos, podría provocarse un aumento casi incontrolable de los precios de los medicamentos (8). En este sentido, recientemente se ha planteado la necesidad de establecer directivas metodológicas estandarizadas obligatorias (9), que permitan tanto el control del Estado como las comparaciones objetivas entre los diferentes estudios.

Hay varios elementos fundamentales que deben considerarse al definir las directivas: a) el tipo de análisis económico que debe realizarse para incluir un producto en un formulario terapéutico, un cuadro básico o cualquier tipo de reembolso; b) los métodos que se deben usar en las evaluaciones económicas, los procedimientos para conducirlas y los criterios que se van a incluir, como la calidad de la vida, el impacto social o las economías indirectas logradas gracias al uso de un producto determinado, y c) los criterios éticos que deben orientar la evaluación económica de los medicamentos. Es decir, debe existir una total independencia entre el investigador y la entidad que lo financia.³

CONCLUSIONES

A juzgar por la forma como se ha desarrollado la farmacoeconomía, prevalece el enfoque de la rentabilidad económica (o en el mejor de los casos el de la contención de costos), más que el de los principios sociales de la salud pública como la equidad, la solidaridad y el uso racional. El análisis económico del medicamento en países que no poseen una cobertura total, como la mayoría de los países en desarrollo, debe enmarcarse en un análisis macroeconómico que aborde el problema de los recursos disponibles, con frecuencia limitados, en relación con las necesidades globales. Una farmacoeconomía de este tipo estaría muchísimo más centrada en la selección de fármacos y la evaluación económica debería agregarse a los criterios terapéuticos para la elaboración de formularios, listas básicas o sistemas de reembolso. La evaluación económica del medicamento sería también un elemento más para promover lo que la OMS ha llamado el uso racional del medicamento.

En este sentido, los métodos de análisis se deben elegir en función de los objetivos que se busquen; si estos se orientaran prioritariamente a la defensa y promoción de la salud pública, se trataría de una ciencia más que de la simple promoción comercial. En este caso ni siquiera debería plantearse la pregunta sobre si la farmacoeconomía debe ser reglamentada por el Estado o dejarse simplemente a las fuerzas del mercado. Así, se puede concluir diciendo que la farmacoeconomía es simplemente un instrumento de análisis que podrá servir a la evaluación científica o a la promoción comercial, en función de los objetivos y de la finalidad con que esta nueva disciplina se quiera ejercer.

³ Para evitar esta clase de conflicto de intereses la *New England Journal of Medicine*, por ejemplo, decidió que solo publica estudios económicos sobre medicamentos cuando los autores no tienen ninguna clase de relación financiera con la compañía farmacéutica (10).

SYNOPSIS

Pharmacoeconomics: Scientific assessment or commercial strategy?

The new global context, the dramatic rise in the cost of many health technologies, and the mounting pressures that constrain health sector budgets in most countries have created the need to evaluate health interventions, including pharmaceuticals, from an economic perspective. Pharmacoeconomics

is "the application of economic theory to pharmaceuticals" and is often linked to commercial marketing. We propose standardizing the various methods of economic analysis so as to allow for comparisons and assessment of correct relationships. The author concludes pharmacoeconomics is simply an analytical tool that can be applied for scientific assessment or commercial promotion, depending on the objectives and purpose for which the use of this new discipline is intended.

REFERENCIAS

1. Fundación Mexicana para la Salud. *Economía y salud: propuesta para el avance del sistema de salud en México. Informe final*. México, D.F.: Fundación Mexicana para la Salud; 1995.
2. Antezana F, Velásquez G. Drugs and health sector reform. Geneva: World Health Organization; 1997. (Documento WHO Task Force on Health Economics TFHE/96/2).
3. Milne R. [Editorial] *PharmacoEconomics* 1992; 1(1):1.
4. Drummond MF. Issues in the conduct of economic evaluations of pharmaceutical products. *PharmacoEconomics* 1994;6(5):405-411.
5. Hillman AL, Eisenberg JM, Pauly MV, Bloom BS, Glick H, Kinoshian B. Avoiding bias in the conduct and reporting of cost-effectiveness research sponsored by pharmaceutical companies. *N Eng J Med* 1991;324(19):1362-1365.
6. Evans D. The changing healthcare environment. *PharmacoEconomics* 1992; 1(1):5-7.
7. Velásquez G, Madrid Y, Quick J. Health reform and drug financing. Geneva: World Health Organization; 1997. (Documento WHO/DAP/98.3).
8. Pharmacoeconomics: Theory into practice. Proceedings of the International Conference held in Geneva, Switzerland, March 17-18, 1994. *PharmacoEconomics* 1994;6(4):275-404.
9. Drummond MF. Guidelines for pharmacoeconomic studies. *PharmacoEconomics* 1994;6(6):493-497.
10. Kassirer JP, Angell M. The Journal's policy on cost-effectiveness analyses [editorial]. *N Eng J Med* 1994;331(10):669-670.